

Liebe Eltern,

Sie haben bei Ihrem Kind **Kopfläuse** festgestellt.

Bitte folgen Sie unserer Schritt für Schritt-Anleitung.

Dann werden die Kopfläuse Ihr Kind, Sie und uns nicht weiter jucken ☺

1. Zunächst müssen Sie den Kopflausbefall an die Schule/den Kindergarten melden. Dazu besteht eine gesetzliche Verpflichtung – § 34 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz.
2. Ihr Kind darf die Schule/den Kindergarten **nach Erstbehandlung** mit einer der folgenden Substanzen bzw. Mittel **entsprechend Gebrauchsanweisung(!)** sofort wieder besuchen:

Arzneimittel: **Allethrin (Bioallethrin) – Jacutin Pedicul Spray<sup>®</sup>,**

**Permethrin – INFECTOPEDICUL, sowie Infectopedicul-extra<sup>®</sup>**

Medizinprodukte: **Nyda<sup>®</sup>**

**Jacutin Pedicul Fluid<sup>®</sup>**

[Bekanntmachung nach § 18 IfSG \(Entwesungsliste\)](#)

Diese Mittel erhalten Sie auch ohne Rezept in der Apotheke. Bei Kindern unter 12 Jahren werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen, wenn Sie ein Rezept vorlegen.

3. Bitte trennen Sie die beiliegende **Bestätigung** über die Erstbehandlung ab und geben Sie diese unterschrieben Ihrem Kind mit in die Schule/den Kindergarten.
4. Bitte untersuchen Sie die Köpfe **aller Familienmitglieder** auf Kopfläuse und führen Sie, falls erforderlich, auch dort eine Behandlung durch.

### **Wichtig:**

5. Bitte führen Sie bei Ihrem Kind, entsprechend der Gebrauchsanweisung des jeweiligen Mittels, die **Zweitbehandlung am 8. oder 9. Tag nach der Erstbehandlung** durch.
6. Bitte geben Sie Ihrem Kind die beiliegende Bestätigung über die Zweitbehandlung unterschrieben mit in die Schule/den Kindergarten.

Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen ganz herzlich!

Ihr Gesundheitsamt des Landkreises Aurich

## Erstbehandlung bei Läusebefall

Name des Kindes \_\_\_\_\_

- Ich habe mein oben genanntes Kind am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.202\_\_ mit einem der im Anschreiben genannten Mittel und entsprechend der Vorgaben der Packungsbeilage behandelt.
- Ich versichere, dass ich am 8. oder 9. Tag eine zweite Behandlung durchführen werde.
- Alle weiteren Familienmitglieder wurden auf Kopfläuse untersucht und, falls erforderlich, ebenfalls behandelt.

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.202\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

.....

## Zweitbehandlung bei Läusebefall

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Ich habe mein oben genanntes Kind am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.202\_\_ zum zweiten Mal mit einem der im Anschreiben genannten Mittel und entsprechend der Vorgaben der Packungsbeilage behandelt.

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.202\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r